

Produktbezogene Prüfergebnisse

Stand:

Datum:

Blatt 2 von 2

<input type="checkbox"/>	01	Maßprüfung	<input type="checkbox"/>	06	Geruchsprüfung
<input type="checkbox"/>	02	Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/>	07	Aussehensprüfung
<input type="checkbox"/>	03	Werkstoffprüfung	<input type="checkbox"/>	08	Oberflächenprüfung
<input type="checkbox"/>	04	Haptikprüfung	<input type="checkbox"/>	09	EMV - Prüfung
<input type="checkbox"/>	05	Akustikprüfung	<input type="checkbox"/>	10	Zuverlässigkeitsprüfung

Lieferant / Produktionsstandort:		Kennnummer	Kunde:	
			Kennnummer:	
Berichts-Nr.:		Index:	Berichts-Nr.:	
			Index:	
Benennung:			Benennung:	
Sachnummer:			Sachnummer:	
Zeichnungsnummer:			Zeichnungsnummer:	
Stand/Datum:			Stand/Datum:	

Ref. Nr.:	Forderungen / Spezifikationen	IST-Werte Lieferant	Spez. erfüllt		Bemerkung
			Ja	Nein	

Bestätigung Lieferant:		Entscheidung Kunde:	
Bemerkungen:		frei <input type="checkbox"/>	
		abgelehnt, Nachbemusterung erforderlich <input type="checkbox"/>	
		Bemerkungen:	
Name:		Name:	
Abteilung:		Abteilung:	
Telefon:		Telefon:	
Fax:		Fax:	
E-Mail:		E-Mail:	
Datum:	Unterschrift:	Datum:	Unterschrift: